

Enquanto há vida, há sexualidade!
Perspectivas dos profissionais de saúde quanto à comunicação sobre
sexualidade em cuidados paliativos

Entrevista de Estudo

E06

Sexo – Masculino

Profissão - Médico

Data – 6 de Dezembro de 2007

Duração: 18m57s

Entrevistador (E) – Dr. tal como lhe tinha dito, o estudo que estou a fazer é para a tese de mestrado e tem a ver ou o objectivo é tentar explorar qual é que é a perspectiva que os profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros ou outros técnicos têm sobre a sexualidade dos doentes em cuidados paliativos e sobre o processo de comunicação sobre esta área, com estes doentes. Nesse sentido, pela sua experiência qual é a percepção que tem sobre a vivência da sexualidade nestes doentes?

Entrevistado (e) – Experiência é que não tenho muita. Não há uma vida sexual, pelo contrário. A preocupação é mais com, mais com enfim com a sobrevivência. Quer dizer não vejo... estará a ficar gravado...

E – Então acha que não há uma grande preocupação com a vida sexual, que se preocupam então com outros aspectos.

e – Em geral é assim. Contudo é individual, quer dizer há pessoas que pela própria enfim, também depende da idade, da idade em que eles entram em cuidados paliativos.

E – Hum hum.

e – Mas de qualquer maneira, na generalidade é assim. Não tem grande, enfim.

E – Em termos de relações sexuais, propriamente ditas.

e – Pois, não, não.

E – hum hum. Quando pensa na sexualidade destes doentes, dos doentes paliativos, quais é que acha que são as características mais, mais centrais nesta área da vida deles. O que é que fará...

e - Não estou a perceber.

E – Ou seja, todos nós como seres humanos temos uma parte da nossa vida que é caracterizada pela sexualidade.

e – Sim.

E – A vida sexual poderá ser característica em determinadas idades ou em determinadas alturas de acordo com a doença. Nestas situações...

e – As características?

E – Não é mais características. No sentido de o que é que será mais importante para eles...

e – Ah, sim sim.

E – Nesta, nesta fase da doença então?

e – É mais a afectividade, não é tanto a sexualidade. Também pode haver a relação com, enfim... gestos sexuais, mas não, em princípio é a afectividade, do apoio.

E – Afectividade e apoio entre ...?

e – Sim, sim.

E - ... O doente e ...?

e – O parceiro.

E – E o parceiro. Considera que para eles, estes dois aspectos da vida sexual e mais então da afectividade, que estes aspectos são importantes para eles, mesmo nesta fase, ou haverá algo mais importante que o outro?

e – Acho que a afectividade é muito mais importante, o carinho, a afectividade é mais importante.

E – Hum hum.

e – Mesmo na realidade.

E – Será uma forma ... eu questiono-me sobre isto, e gosto também de ter a opinião das outras pessoas, será que esta forma de transmitir os afectos, ou o carinho ou o apoio, será a forma que eles têm de viver a sexualidade nesta altura, nesta fase da vida deles?

e – Hum, não lhe saberei responder mas de qualquer maneira também depende da patologia de fundo.

E – Hum hum.

e - Porque há patologia que é tão impeditiva à actividade sexual que é possível que haja esta transferência, mas na generalidade se a pessoa ... enfim... depende da idade e da patologia. Mas normalmente as pessoas em cuidados paliativos está, enfim, está numa fase em que não tem grande actividade física mesmo...

E – hum hum.

e – Não tem energia para ...

E – Para ter esse tipo de actividade, hum hum. Falou-me já duas vezes da questão da idade. Acha que à medida que se vai envelhecendo, estas questões, ou seja nas pessoas que estão doentes, vão deixando de ser importantes, não só por causa da doença mas também por causa da idade?

e – Sim, sim, das duas coisas. Claro.

E – hum hum. Disse-me também que não tinha grande experiência com este tipo de doentes, ainda não apanhou...

e – Não, com os doentes tenho. Não tenho é experiência com ...

E – Ah, já percebi.

e - ... eles não me põem o problema da sexualidade. Normalmente é por outros problemas e sobretudo mais a ver com a sobrevivência, percebe.

E – Hum, hum, mais a preocupação com a morte e com a saúde deles.

e – Sim. Com a sua idade, a mortalidade.

E – Então da experiência que tem, com os doentes que já teve nesta fase nenhum deles lhe falou sobre este tema, sobre esta área.

e – Em situação de cuidados paliativos não.

E – Então esteve-me a dizer que, com os doentes que teve nesta situação de cuidados paliativos, nenhum deles lhe colocou qualquer questão relativa à vida sexual ou à vida como casal.

e – Não. Como casal sim. A vida sexual não. Portanto pode haver problemas, agora essas pessoas em cuidados paliativos já estão, como é que eu hei-de dizer, inferiorizadas.

E – hum hum.

e – Portanto, a relação deles com, também depende da relação como casal não é...

E – hum hum.

e - ... mas muitas vezes eles sentem-se já enfim sem energia para se ...

E – Manterem esses contactos...?

e – Gostam de depender... não é gostam... vão para a dependência não é, e isso também os faz dependentes não é, interiormente.

E – hum hum. E esse tipo de problemas entre casais, que me falou, quer-me dar um exemplo, para sabermos que tipo de situações é que podem surgir então entre os casais?

e – É a alteração do poder.

E – hum hum.

e – Dentro da casa, quer dizer, ou a exacerbação da pessoa em situação de ...

E – Doença?

e - ... dependência, de doença, sobretudo dos homens, não é.

E – hum hum.

e - Apesar de tudo querem manter a sua posição e então são extremamente agressivos, não é.

E – hum hum. Tendo...

e – Verbalmente. Não têm mais capacidade.

E – hum hum.

e – E também...

E – Seriam esses conflitos relacionados com a perda de autonomia?

e – Sim, Sim.

E – Será isso então?

e – Sim e a própria doença pode despoletar essa situação.

E – Pode despoletar essas situações de revolta.

e – Pode.

E – De qualquer maneira dr. na sua opinião, considera que será apropriado falar sobre estas questões da sexualidade com os doentes? Nesta fase?

e – Vá lá. Vamos lá ver, apropriado em que sentido? No sentido moral ou no sentido médico, ou ético? Porque repare é assim, se for no sentido enfim moral não saberei responder. No sentido médico depende muito do que é que os doentes querem, não é.

E – hum hum.

e – Agora, dependente da patologia nós normalmente sabemos...

E – hum hum.

e - ... Quais são as suas capacidades digamos, enfim, de ter...

E – Físicas?.

e - ... De ter relações sexuais.

E – hum hum.

e – Se eles, se a gente já sabe que elas estão diminuídas, falar-lhes nisso é abrir enfim a ferida outra vez.

E – Essa ferida.

e – E portanto, muito, depende muito das pessoas e depende muito da patologia, sobretudo da situação. Quer dizer.

E – Existem várias variáveis então e era sempre no sentido de tentar proteger o doente para não provocar mais sofrimento. É isso que me está a dizer?

e – É. Sim depende muito de ambas. Imagine um doente que tem, que foi operado a um cancro da próstata e tiraram-lhe a próstata, é impotente sexualmente, a parte genital da sexualidade não é propriamente ...

E – hum hum.

e – Para quem já está numa fase terminal, por exemplo, não é propriamente estimulante.

E – hum hum.

e – Pronto é nesse aspecto. Estou-lhe a dar um exemplo extremo não é, mas não é muito estimulante para a pessoa estar a falar nisso. Ou uma mulher que teve um cancro do útero ou uma mulher que teve...

E – Será doloroso falar nisso.

e – É. E uma mulher que por exemplo fez mastectomia e às vezes é bilateral, estar a dizer “então mas como é que é, ainda vai para a cama, ainda tem relações sexuais...” quer dizer! Já normalmente não é uma pergunta frequente dada o tipo de população que nós temos.

E – Sim.

e – As pessoas mais... além disso não é uma grande tradição em Portugal...

E – hum hum.

e – Há outros países em que essa pergunta é feita normalmente pelos médicos...

E – É rotineira.

e – É rotineira. “Então do ponto de vista sexual como é que é?”. Aqui depende muito do nível cultural das pessoas, mas não é... normalmente espera-se os utentes, os doentes é que vêm mais esse problema do que nós.

E – Ou seja quando fala sobre este assunto é por iniciativa dos doentes. Ou porque têm alguma dúvida alguma questão.

e – Pode-se falar do, de várias coisas, pondo-se o exemplo da próstata que há isto e aquilo, pode-se falar nisso, ãhh, como se fazem inquéritos enfim quando se faz uma história clínica completa a pergunta surge não é?

E – hum hum.

e – Também surge num contexto, ou seja... é um doente que me aparece pela primeira vez não é propriamente uma pergunta que eu lhe vou fazer. A não ser que ele me venha falar do problema.

E – Exactamente.

e – Agora conhecendo o doente pode-se falar. Portanto isto toca muito a esfera íntima. Apesar de enfim o sigilo profissional como o resto não está em causa. Mas não é fácil.

E – Até há construção de uma relação de confiança, depois poderá surgir...

e – Exacto. Não é normal na primeira vez que nos vêm dizer “olhe eu estou com problemas ou tenho sexualidade a mais ou a menos, não sei quê”. Bem pelo contrário. Quando me aparecem assim normalmente é porque estão... há ali qualquer coisa que não está bem, não é.

E – hum hum.

e – Quando as pessoas começam a falar demasiado de si próprias, há ali qualquer coisa em termos psiquiátricos ou...

E – Alguma coisa se passa.

e – Alguma coisa se passa... as pessoas... há uma certa barreira uma certa discrição, que se vai rompendo à medida que se vai avançando nessa relação não é.

E – hum hum. Já que me falou em barreiras, falou-me aí numa série de coisas que, corrija-me se eu estiver enganada, que poderá surgir como barreira a este tema. As questões culturais, as questões da idade, as da intimidade... hum... para além destas que já referiu consegue lembrar-se de mais alguma que possa ser importante para o porque é que este assunto não está a ser debatido. Falou-me também da questão de não querer abrir ainda mais a ferida...

e – Há casos em que é isso. Mas na generalidade a nossa população, enfim, nos centros de saúde, rurais, como no nosso caso são pessoas com um nível cultural muito, cultural e de instrução, muito baixo. E portanto ahumm não é propriamente um diálogo...

E – Fácil.

e – Não. Não é fácil ... não é espontâneo, a não ser que... e depois há uma certa aceitação não é. Além disso, os medicamentos que podem resolver estes problemas são tão caros e não são comparticipados que normalmente não...

E – Não justifica?

e – Há uma margem naturalmente, há enfim agricultores com algum poder de compra...

E – hum hum.

e – Mas pronto. Apesar da questão realmente do Viagra, e dos outros medicamentos...

E – hum hum.

e – Alteraram muito estas situações, antigamente...

E – Exactamente. Nem isso haveria.

e – Hoje a dependência... o poder da mulher no lar era muito maior antes do Viagra do que agora, por isso, apesar ... a partir de certa idade! Naturalmente, não estou a falar de quando é jovem. É um poder que existia e ia aumentando conforme o aumentar da a idade, não é.

E – Há medida... As coisas mudaram.

e – Exacto.

E – O homem ia deixando de ter poder e a mulher...

e – Depois apareceu o Viagra e a coisa parece que mudou porque a mulher já está, já está fragilizada pelo aspecto físico que é muito importante na nossa sociedade. Enquanto no homem, enfim não conta muito. E portanto duas pessoas com 60 ou 70 anos ...

E – É uma questão de estética.

e - ... se antigamente, enfim podia-se aceitar que o homem já não pode, mas podendo, enfim com qualquer medicamento para a disfunção erétil ele torna a adquirir poder e é claro que...

E – Poder/virilidade?

e – ...pode ser dentro de casa, como pode começar a ter algum sucesso fora.

E – Relações extra-conjugais.

e – Ou comprar o sucesso fora.

E – Então, estas são as principais dificuldades ou barreiras que antecipa para este tipo de conversas com estes doentes já nesta fase da sua doença.

e – Sim, sim ... assim no dia a dia. Mas também há outra... nós também não temos tempo, não é.

E – hum hum.

e – As nossas consultas são muito curtas porque eu estou convencido que se nós tivéssemos mais tempo, ãhh nós gastaríamos muito menos dinheiro em medicamentos e sobretudo muito menos dinheiro em exames complementares de diagnóstico.

E – hum hum.

e – Mas, para defesa dos doentes nós temos que actuar de maneira diferente. Se eu pudesse estar com todos os meus doentes sempre 30m...

E – Exactamente.

e – Ou 1h, como fazia no meu consultório particular...

E – hum hum.

e – Se fosse preciso eu estava 3h não interessava, eu tinha outro tipo de ...

E – De abordagem?

e – De abordagem!... de coisas que com os doentes aconteciam.

E – Existem uma série de circunstâncias ou de factores que podem dificultar este tipo de conversa.

e – Sim.

E – Dr. se tivesse que fazer, ou que abordar um doente sobre estas questões, como é que acha que seria, ou de uma maneira muito genérica, como é que acha que seria a forma mais fácil para chegar aos doentes ou de expor esta área, como área para ser discutida? Como é que abordaria o tema?

e – Não sei... eu normalmente é sempre directamente, não é, agora depende de quando é que nós abordamos o doente directamente. Depende do tempo da relação com o doente...

E – hum hum.

e – Da, enfim, da empatia que existe e muitas vezes o próprio doente começa a enfim... é a tal diferença entre a ... porque é que se vem de facto ao... qual é o motivo oculto da consulta não é.

E – hum hum.

e – O motivo expresso “ahh doem-me as costas” ou “estou com dificuldade em urinar”, depois o motivo oculto pode ser outro não é. E portanto se nós conseguirmos discernir um bocadinho e puxamos e muitas vezes surgem esses problemas. Outras vezes são evidentes. As pessoas são, sobretudo os homens, têm muita mais facilidade em falar disto a médicos e não a médicas. Que é outra barreira, como existem outros problemas. Há utentes que preferem ir a médicas, não é.

E – hum hum.

e – E pronto. Eu trabalhei num centro de saúde em que havia mais, enfim, havia outra... médicas e médicos e isso facilitava-nos a vida porque quando havia esta barreira nós não “porque é que não vai falar com a colega” e tal.

E – hum hum.

e - Pronto e eu “ah, vá falar com a colega” e tal...

E – Existe um problema real...

e – Existe.

E – E a pessoa sente-se mais à vontade...

e – Sente-se mais à vontade. Pode-se fazer este pedido. Porque é mais fácil às vezes, não é.

E – Então pelo que me disse dr., o facto de não terem muito tempo disponível para estar com os doentes, às vezes dificulta o descobrir esses motivos ocultos...

e – Sim, sim.

E - ... que levam os doentes à consulta.

e – Sim, sim. Estamos a fazer a experiência... não.

E – Não conta.

e – Não conta. E essas coisas. E muitas vezes, naturalmente nos paliativos normalmente, muitas vezes corresponde a visitas domiciliárias. E portanto...

E – hum hum.

e – Há um outro ambiente. Que não é o ambiente de centro de saúde.

E – De gabinete.

e – De gabinete e tal. Pronto. Para além disso os nossos gabinetes penso que sejam um bocadinho mais luxuosos que a casa da maioria das pessoas que vivem no campo, mas são de facto horríveis não é. Não têm condições de...

E – De conforto será?

e – Em absoluto.

E – Falou-me aí de um aspecto muito interessante, do caso das visitas domiciliárias a este tipo de doentes.

e – Sim porque a pessoa senta-se no sofá, está a falar, há luz, a pessoa está... quer dizer há um outro ambiente. O que nós podíamos ter era um gabinete, não é, em que nós tínhamos uma parte técnica e uma parte para se conversar com a pessoa! Em que nós estamos com a pessoa, falávamos com ela, a pessoa sentava-se num sofá e numa conversa diferente. Isto é que devia ser assim ... as consultas de clínica geral deviam ser assim.

E – Facilita muito essas questões do...

e – Muito, muito... então uma pessoa se quisesse tomar um café... são coisas que têm benefícios grandes num futuro noutras circunstâncias não é.

E – Quebra algumas barreiras.

e – Muitas, muitas. A pessoa sentar-se... para já estar numa sala confortável com livros...

E – hum hum.

e - ...também pode ser intimidatório, não é, mas depende muito de como nos posicionamos perante o utente.

E – hum hum.

e – E naturalmente que é mais fácil nessas circunstâncias falar-se também disso, não é. Pois, normalmente não é um tema habitual nas pessoas em situação de cuidados paliativos porque já estão tão fragilizadas...

E – Em termos físicos...

e - ... que é um tema que como não é espontâneo...

E – É um tema cabeludo.

e – Exacto. Estar a mexer na ferida às vezes é ...

E – Doloroso.

e – Depois há situações em que não há problema nenhum.

E – hum hum.

e – Pois... as pessoas que mais põem esse problema são as pessoas com sida mas não estão em situação de cuidados paliativos, não é.

E – hum hum.

e – Aí é que se põe o problema da sexualidade. Falam do assunto espontaneamente... fazer e usar, a mulher ou o parceiro, conforme... e é fácil a conversa é imediata, não é.

E – Ou seja a própria questão da patologia também facilita este tipo de conversa.

e – Facilita, facilita. Claro. As pessoas que têm problemas de próstata e têm ... foram operadas e têm problemas de impotência, as pessoas relacionam muito os problemas com a próstata...

E – hum hum.

e – Com a disfunção erétil e portanto também essa, essa gama também ajuda.

E – Será um dos tais temas ocultos?

e – Sim, sim, muitas vezes é. Sim senhor.

E – De maneira geral dr. era mais ou menos com estas ideias com que eu gostaria de ficar. Vou tentar fazer um resumo para que também me possa dizer se eu fiquei com as ideias certas ou não. Disse-me que a questão da sexualidade nos doentes em fase paliativa, em termos de importância alterou-se muito. Não é tanto a vida sexual mas mais a afectividade, o apoio, o conforto que têm no casal.

e – Exacto.

E – E que existem uma série de barreiras à discussão deste tema, não só por não se querer estar a meter o dedo na ferida, a expressão que usou...

e – Exacto.

E - ... por ser uma questão muito íntima, por questão mais estruturais então do tempo que estará disponível para o doente, da própria disponi... dos móveis que existem nos gabinetes, tudo isso dificulta a discussão deste tema.

e – Sim.

E – E no entanto, quando se fala, fala sobre isto directamente, ou por iniciativa própria ou porque os doentes lhe chegam, até si, a pôr uma questão de “então e agora como é que vai ser, agora que tenho isto”. Foi mais ou menos isto que me disse?

e – Exacto.

E – Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre este tema?

e – Nada. De facto é isso, não, não... pronto é um tema sempre muito difícil de se abordar... mas tem muito a ver com a instrução e a cultura das pessoas.

E – hum hum.

e – Não é muito fácil. É muito mais fácil com estrangeiros, por exemplo, tenho esta experiência.

E – A abertura do povo, talvez?

e – Pois, porque também eles falam muito mais abertamente destes problemas do que nós, não é.

E – hum hum.

e – Actualmente não. Com os jovens é mais fácil falar disso não é. Enfim. Mas com estas pessoas, estas gerações mais idosas não.

E – Já tiveram uma educação e uma formação diferente.

e – Sim sim. Pronto.

E – Pronto. Era isto dr. Muito obrigado pelo tempo que disponibilizou.

e - Ora obrigado eu.